

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

229

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Nicolas PICANDET

Né à Malicorne (Allier) le 23 Mars 1875

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Président : M. CORNIL, Professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, Professeur.
TROISIER, Agrégé.
ACHARD, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Nicolas PICANDET

Né à Malicorne (Allier) le 23 Mars 1875

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Président : M. CORNIL, Professeur.

{ DIEULAFOY, Professeur.

Juges : MM. { TROISIER, Agrégé.

{ ACHARD, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAINE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Sénateur

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Pendant que nous avons l'honneur d'être l'externe de M. Hallopeau, nous avons observé plusieurs fois à la consultation des ulcérations chancriformes, chez des syphilitiques plus ou moins anciens ; récemment enfin, à notre examen de clinique interne, nous avons eu un malade à examiner qui, ayant eu la syphilis il y a quinze ans, entré à l'hôpital pour une érosion indurée de la rainure balano-préputiale ; nous avons diagnostiqué une ulcération tertiaire et à ce sujet M. le Professeur Dieulafoy nous fit observer la possibilité de l'existence d'une réinfection syphilitique. Intéressé par ce fait, nous avons procédé à quelques recherches et nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La question est depuis longtemps à l'étude, nous ne prétendons pas la résoudre, ce serait au-dessus de nos forces et nous aurions mauvaise grâce de vouloir éclaircir un point que tant d'esprits et des plus éminents n'ont pas encore pu déterminer.

La science toutefois est le champ le plus libéral, et depuis le modeste ouvrier qui apporte son mince tribut de travail, jusqu'au maître qui féconde par son talent

les matériaux amassés, il y a place pour tout le monde.

La solution du problème de la réinfection semble facile : il n'y aurait qu'à observer exactement et minutieusement et si la critique la plus sévère n'avait rien à reprocher aux observations de récidence, on aurait un jugement définitif.

Mais le nombre des cas publiés est infime par rapport à celui des syphilitiques, et comme ils sont par leurs lésions, sous la surveillance continuelle des médecins, ces récurrences ne peuvent passer inaperçues ; nous voyons à l'hôpital Saint-Louis, où la clientèle spécifique est prodigieuse et suivie, dans le service de M. le Professeur Fournier, pas un cas sérieux à relater. Cette rareté, puisqu'en pathologie fréquence est un symptôme, a fait dire que les accidents attribués à la réinfection pourraient bien n'être que des rencontres curieuses et fortuites de la clinique.

Avant d'entrer en matière, jetons un regard sur les trop courtes années de nos études médicales et adressons tous nos remerciements à nos maîtres toujours si bienveillants et d'un dévouement si désintéressé. M. Huchard, Rendu, Polaillon, ont guidé nos premiers pas dans la médecine ; comme externe, nous avons particulièrement gré à M. d'Heilly, Hallopeau, Bazy, qui ne nous ont jamais marchandé le trésor de leur savoir et de leur expérience.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le Professeur Cornil, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Diday nous dit : « La réinfection prouve la guérison donc la syphilis est curable radicalement, en moyenne le minimum de temps nécessaire pour cette guérison est de vingt-deux mois ».

On voit toute l'importance de la question ; si la syphilis perd son immunité, on en peut guérir ; et pourquoi pas seulement quelques fois, pourquoi pas toujours en la traitant convenablement ; elle rentrerait dans la catégorie des maladies ordinaires, si elle n'est pas curable, le pronostic est tout autre, et sa gravité autrement grande, tant au point de vue de sa contagion que des accidents postérieurs possibles, dans ses rapports personnels et sociaux.

Après avoir parcouru rapidement l'histoire de la réinfection, nous l'étudierons au point de vue clinique anatomo-pathologique et étiologique ; nous tâcherons ensuite d'exposer comment en prenant à chacune une part de vérité, il est possible de concilier les deux opinions. Les réinfectionnistes et leurs adversaires ont tous d'excellentes raisons ; ne pouvant nous prononcer, nous reprocherons à chacun leur intransigeance ; nous dirons aux uns : ouï on revoit d'anciens

spécifiques avec tous les signes d'une infection primitive, mais peut-être allez-vous un peu loin en admettant une seconde vérole et une guérison radicale de la première ; nous dirons aux autres : croyez-vous pouvoir tout expliquer avec le pseudo-chancere, l'érythème tertiaire et les erreurs de diagnostic et n'y a-t-il pas autre chose pour amener ces récurrences que l'évolution d'une maladie qui suit son cours comme un fleuve paisible et ne faut-il pas un orage pour expliquer cette crue subite ?

Nous terminerons notre modeste travail en rapportant les récentes observations, laissant de côté celles que d'autres ont déjà si judicieusement étudiées (*Mémoire de Hudelo, Annales de dermat. et Syph. 1891*), (*Thèse de Journault. Paris 1894*).

HISTORIQUE

L'histoire de la réinfection de la syphilis se confond presque avec celle de cette maladie. Elle est déjà constatée au xiv^e siècle par A. Lecoq (1540), Bartholomée Maggi, Braccavolo, Vidus Vidius, Trajan Pétrondus. Ricord admettant et complétant les idées de Hunter, érigea en loi la doctrine de l'unicité de la syphilis, en 1829, dans sa traduction de Hunter et dans le *Compendium de médecine*. Dans ses *Lettres sur la syphilis*, il affirmait que le chancre hunterien ne pouvait exister qu'une seule fois sur le même sujet, et qu'aucun cas de récidive exempt de critique ne se trouvait en clinique. Il admettait toutefois la possibilité d'une seconde vérole, prouvant la guérison de la première, mais sans preuve scientifique.

Cette opinion fut partagée par tous les Syphili-graphes français et étrangers jusqu'en 1862 à part quelques rares dissidents, tels que Follin et Vidal de Cassis dans son *Traité des maladies vénériennes*.

Ce fut alors que Inday, après avoir déjà émis l'idée en 1852 (*Nouvelles doctrines de la Syphilis*), qu'on pouvait observer des chancres indurés chez d'anciens syphilitiques, publia en 1862 (*Archives générales de*

médecine), son curieux mémoire sur la réinfection. Plus tard, dans son Histoire naturelle de la syphilis, cet auteur rassemble trente-deux observations qu'il regarde comme absolument probantes ; dans dix-neuf cas, le chancre seul apparût pour effet de seconde contagion ; dans dix, le deuxième chancre fut suivi d'une vérole atténuée ; dans cinq au contraire, elle fut plus forte que la première.

Ces idées conquièrent rapidement des partisans et des observateurs comme Hugenberg 1863, Corten 1865, Scarenzio 1866, vinrent les confirmer, Gascoven en 1874, réunit 71 cas.

Le Professeur Fournier vint battre en brèche cette doctrine. Déjà, Ricord avait signalé la non-valeur de certaines indurations artificielles dues aux caustiques. Fournier distingua d'abord le chancre rédux pouvant survenir jusqu'à 21 jours après la cicatrisation du premier chancre et récidiver plusieurs fois (1867, *Archives générales de médecine*).

L'année suivante (Pseudo-chancres des sujets syphilitiques), étudiant les lésions prises pour des récidives, il remarqua qu'elles pouvaient se développer en dehors de toute nouvelle contagion, et qu'elles n'étaient que des manifestations tertiaires de l'affection primitive. Le pseudo-chancere peut avoir tous les caractères du chancre huntérien, il n'en diffère que parce qu'il est contemporain d'accidents secondaires ou tertiaires, par l'absence fréquente d'adénopathie, par son apparition spontanée et sa tendance à la récidive.

Les réinfectionnistes ne furent pas convaincus, Diday, tout en reconnaissant qu'un certain nombre de cas qu'il avait publiés, prêtait flanc à la critique, maintenait treize observations comme récidives certaines.

Depuis ces travaux, la question est restée en suspens, quoique le camp des réinfectionnistes ait fait de nombreux adeptes, les partisans de la doctrine de l'unicité leur opposent un doute sceptique et des arguments sérieux. Les publications se sont multipliées : la plupart avec Neumann n'admirent que la récédive consacrée et confirmée par un chancre suivi à délai ordinaire des accidents secondaires ; en France, Rollet, Venot, Masse, Portalier, Jullien, Malherbe, Pauly, surtout l'école lyonnaise sous l'impulsion de Diday, sont favorables à l'idée de la réinfection ; en Allemagne, ce sont : Kobner, Rinecker, Caspary, von Hebra, Neumann, Lang, Rabitch-Bey ; en Angleterre : Hutchinson, Gascoyen, Lec, Berkeley Hill, A. Cooper, J. Althans ; en Amérique : Taylor, Rums-tead. Une critique plus approfondie s'imposait encore par la connaissance plus complète de l'évolution de la roséole, de ses récédives et de l'érythème tertiaire de Besnier, érythème circiné de Fournier et de son élève Braumann.

A l'heure actuelle, malgré le nombre, l'étendue et la valeur des publications, citons parmi elles : le mémoire de Hudelo en 1891 et la discussion du Congrès de Londres en 1896, la question est loin d'être définitivement réglée. La cause de la réinfection, après avoir fait de rapides progrès en France, a subi un temps d'arrêt ; à l'étranger, elle semble réunir tous les suffrages. L'École de Paris surtout, se montre réfractaire, et tout en admettant avec Fournier, la possibilité de la réinfection, elle reconnaît que les cas, publiés ne sont pas suffisamment démonstratifs : Hudelo s'est attaché à le prouver et il fait avouer que pour bien des cas, il avait la partie belle. Il faudrait

apporter des éléments nouveaux ; les analyses à distance ont parfois des résultats bizarres, l'une d'elles a provoqué la spirituelle réponse de Diday (une pièce au dossier de la réinfection, *Annales de dermat.*, 1891), où il montre la contradiction complète de deux de ses critiques. Laissant de côté les cas anciens, il faut étudier de nouveaux faits bien vus et longtemps suivis. Les difficultés extrêmes qu'on a pour les recueillir chez des malades qui ne font qu'un court séjour à l'hôpital ou dont les visites sont trop espacées, la longue durée de l'affection n'ont pas permis une observation exacte et minutieuse capable d'anéantir les arguments des sceptiques!

CHAPITRE I

ÉTUDE CLINIQUE

La plupart des adversaires de la réinfection ne la nient pas absolument, ils la croient possible; pour cela elle doit présenter certains caractères d'authenticité. Quels sont-ils? D'après Fournier, pour qu'il y ait réinfection, il faut observer sur le même malade :

1° Un chancre induré, avec pléiade inguinale indolente; quelques semaines après, une roséole ou une autre éruption secondaire, de la céphalée, de l'alopecie passagère, des plaques muqueuses;

2° Un silence complet d'accidents secondaires ou seulement tertiaires pendant plusieurs années;

3° Un nouveau chancre induré survenu après un coït suspect, accompagné d'adenopathie caractéristique; quelques semaines après ce chancre, syphilide maculeuse ou papuleuse, des plaques muqueuses, de la céphalée, de l'alopecie;

4° Le sujet doit subir la confrontation, c'est-à-dire doit quelques jours avant chaque infection, s'y être exposé avec un sujet porteur d'accidents contagieux.

Ce sont les conditions exigées par les syphili-

graphes comme Caspary, Neumann, Taylor, Finger, Sigmund, Pospelov, etc.

Un individu est atteint de syphilis bien nette, il se soigne convenablement, jouit d'une bonne santé et n'a plus d'accidents pendant quatre ou cinq années consécutives. Passé ce temps il se marie, a un enfant qui naît à terme bien portant. Trois années se passent dans la plus parfaite santé et voilà que 27 jours après un coït extra-conjugal, cet individu voit apparaître deux chancres. Il se traite et se guérit, a des rapports avec sa femme jusque là bien portante et l'infecte. Cette histoire est de la dernière rigueur et incontestable et elle se trouve réalisée dans l'observation de Pospelov (*In Archiv. für dermat.*, 1891, p. 323).

Il faut donc, observant une vérole en évolution, trouver dans les antécédents une autre vérole bien justifiée et en reconstituer l'histoire. Ces antécédents peuvent venir à notre connaissance de deux façons :

1^o Par le témoignage du malade. En l'interrogeant, on lui fait avouer qu'il a déjà eu la syphilis il y a quelques années, pour laquelle il a consulté un médecin, qui lui a administré du mercure et de l'iodure de potassium.

Ce témoignage est bien sujet à caution, fondé sur la mémoire d'un individu, peu fidèle quand il y a une vingtaine d'années des derniers accidents, sur son intelligence qui comprend mal les questions qu'on lui pose, le traitement mercuriel lui-même peut s'administrer dans d'autres affections et pour éclairer un diagnostic douteux.

2^o Par le témoignage du médecin; il peut observer les deux infections et avoir des notes sur la première; mais si celle-ci repose uniquement sur sa mémoire, si

le malade n'a été suivi que pendant peu de temps, l'argument perd de sa valeur.

Nous ne voulons pas discuter les erreurs de diagnostic possibles dans l'anamnèse de cette première syphilis, il nous suffit de rappeler combien cette maladie est parfois difficile à reconnaître et peut donner le change au meilleur clinicien : les balanoposthites indurées, l'herpès, la chancrelle, les ulcérations banales cautérisées ont fourni nombre de faux chancres; plus d'une fois le pytiriasis rosé de Gibert, des érythèmes quelconques, le lichen plan, le psoriasis aigu, l'hydroa des lèvres, les lésions herpétiques syphiloïdes ont été traités comme des accidents secondaires spécifiques.

Les difficultés dans l'histoire de la deuxième syphilis ne sont pas moindres. Nous rappellerons que des chancres mous, des lésions herpétiques, des traumatismes peuvent réveiller l'induration sans adjonction d'aucun nouvel élément spécifique; la vérole a un caractère analgésique très marqué et pourrait l'imprimer à des affections diverses : adénopathie douloureuse, roséoles médicamenteuses et en modifiant ainsi leur type, faire errer le diagnostic.

Ricord a eu le grand mérite, en admettant la théorie de l'unicité de la vérole, de diviser ses manifestations en primaires, secondaires et tertiaires. Cette division, partout adoptée aujourd'hui, est très utile au clinicien : dans le chaos, la multiplicité, le polymorphisme des accidents, cette classification était nécessaire; mais comme toutes les lois cliniques, en regard de tant d'avantages, elle a le grave défaut de ne pas toujours être rigoureusement exacte. L'esprit s'éprend de cette formule si simple : réinfectionnistes et leurs

adversaires en font la base, l'argument suprême de leur thèse, sans s'apercevoir toujours avec netteté que cette base n'est pas assez solide; si elle s'adapte au plus grand nombre des cas, elle doit être modifiée légèrement et dégagée de ce qu'elle a d'artificiel. Si la syphilis dans sa marche normale affecte le type de Ricord, elle procède souvent par récidives survenant à plusieurs années d'intervalle, par poussées successives plus ou moins complètes, plus ou moins subintrantes.

Avant de les interpréter, analysons d'abord les faits et les diverses manifestations syphilitiques.

L'accident primitif est le chancre avec les principaux caractères cliniques suivants : c'est une lésion unique ou en nombre discret, à contours réguliers et circulaires, constituée par une érosion à fleur de peau, non creusée, rarement ulcéreuse, indolente ; les bords sont peu marqués, la surface de l'érosion se continue en pente douce ; le fond est lisse, luisant, de couleur rouge foncé, parfois recouvert par une fausse membrane blanchâtre qu'on peut enlever avec une spatule ; pas de sécrétion de pus véritable, mais très petite quantité de sérosité sanieuse ; il saigne facilement ; la base présente une induration cartilagineuse ou parcheminée, après une durée de un à trois mois, le chancre se cicatrise, mais l'induration peut persister pendant de longues années.

Ce reliquat induré peut s'ulcérer à nouveau et former le chancre redux.

Les froissements du coït, des traitements irritants, un traumatisme quelconque peuvent le faire naître ; mais il se produit même sans cause appréciable, au moment des accidents secondaires, surtout lorsque

l'induration est restée saillante sur des parties exposées aux frottements : couronne du gland, méat uréthral, bord libre du prépuce, face interne des grandes et petites lèvres.

Langlebert a démontré que c'était bien le chancre préexistant qui reparaissait et Fournier était en droit de lui donner le nom de chancre redux.

Il survient à brève échéance après la cicatrisation de son prédécesseur, deux à cinq jours en moyenne, mais quelquefois deux à trois semaines et même davantage. Au point de vue clinique, il rappelle absolument l'accident initial : même induration, même configuration, même aspect général. Il peut comme le précédent affecter la forme érosive simple, devenir ulcéreux et phagédénique, rester stationnaire, et met d'autant plus de temps à se réparer qu'il est plus éloigné du début de la vérole et que l'induration est plus prononcée.

La cicatrice qui lui succède, n'est pas elle-même toujours définitive. Fournier l'a vue sur plusieurs malades se rouvrir de nouveau et chez deux sujets, une troisième fois. Ces récidives sont en général atténuées, mais il existe des exceptions. Elles sont contagieuses au même titre que le chancre.

Diday (1) a observé un syphilitique présentant quatre ans de suite un chancre induré in situ, se renouvelant tous les ans, et de moins en moins induré.

Leloir (2) cite un exemple remarquable de récidives au niveau d'un chancre primitif par des syphilomes tantôt exulcéreux, tantôt ulcéreux. Ces poussées survinrent quatre ans après la disparition du chancre

(1) Archives générales de médecine 1889.

(2) Congrès de Paris 1889

et se montrèrent tous les ans pendant une dizaine d'années, se reproduisant à la même époque, au printemps.

Ce syphilome chancriforme récidivant annonce non seulement un réveil local du virus là où il a été déposé primitivement, mais encore l'éclosion d'autres foyers survenant de quelques jours à quelques mois après, comme l'a démontré Leloir dans la thèse de son élève Leclercq (*thèse de Lille 1886*).

À côté du chancre redux, il faut placer la lésion indiquée et étudiée par Fournier 1868 (*Archives générales de Médecine*) et qui troubla longtemps les partisans de la réinfection, nous voulons parler du Pseudo-chancre induré des sujets sphilitiques.

Nous voyons (observation I Fournier *loc. cit.*) : « une érosion préputiale unique, qui n'entrouvre que superficiellement le derme muqueux ; régulièrement arrondie, elle mesure environ l'aire d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont presque insensibles, nullement décollés, non plus que taillés à pic ; son fond est lisse, uni, légèrement irisé ; il fournit une sécrétion séreuse plutôt qu'une suppuration véritable, enfin sa base offre une induration parcheminée typique.

Il se développe dans l'aîne gauche (côté correspondant à la plaie) des ganglions volumineux, indolents, mobiles sous la peau, représentant la pléiade-adénopathique classique ». Configuration, aspect, isolement, siège, adénopathie indolente, rien n'y manque. Un des caractères remarquables de ces lésions, c'est d'être spontanées, sans qu'on puisse relever aucun fait de contagion.

Elles se produisent du reste à des âges variables de

la syphilis : sur 21 cas observés par Fournier le chancre est apparu :

1 fois au	10 ^e mois.
7 fois à la	2 ^e année.
4	3 ^e année.
3	4 ^e année.
3	5 ^e année.
2	6 ^e année.
1	7 ^e année.

Dans les cas publiés comme seconde infection et où le chancre seul a été noté, nous le voyons réapparaître :

2 fois la	9 ^e année.
1	13 ^e année.
1	25 ^e année.
1	28 ^e année.
1	35 ^e année.

On peut dire qu'il survient à une période quelconque de la syphilis, sans que ni l'âge, ni l'atténuation du virus n'en aient modifié l'aspect.

Nous voilà donc avec deux lésions : le chancre redux et le pseudo-chancre induré qu'il est impossible de différencier cliniquement de l'accident primitif. C'est un premier coup porté à la classification de Ricord. Quelle est la valeur de cette manifestation spécifique, puisqu'à une période quelconque de la maladie on la retrouve avec tous ses caractères, sans nouvelle contagion? L'adénopathie elle-même, sa compagne habituelle, n'offre pas de garantie plus sûre, puisqu'elle est sujette aux mêmes variations.

Le chancre est suivi six semaines après en moyenne d'accidents dits secondaires : alopecie, syphilide macu-

leuse, papuleuse, papulo-érosive, hypertrophique, ulcéreuse etc Aurons plus de sécurité avec eux ? cette période est encore plus capricieuse. La durée est de un à deux ans, mais les récidives qu'elle présente, sont très fréquentes et il est impossible de dire quand elle finit. Après un silence qui va jusqu'à plusieurs années, elle peut reprendre toute sa virulence et sa généralisation, se répéter parfois d'une façon désespérante, malgré le traitement le mieux conduit. Ces faits sont signalés et admis par tous les auteurs ; ils ont fait le sujet d'une communication de Portalier au Congrès de Paris en 1889, ces récidives se faisant fréquemment in situ, ou au voisinage des lésions précédentes. Voici une observation typique :

Une femme de 35 ans, blonde, de tempérament lymphatique, vient vers la fin de 1873, consulter M. Fournier pour divers accidents syphilitiques secondaires, notamment pour des syphilides papulo-squameuses siégeant au visage, sur la lèvre supérieure. L'accident initial remonte au commencement de 1873. Or, à partir de l'année suivante, 1874, jusqu'en 1883, on voit cette femme présenter des récidives presque incessantes de cette variété de syphilides papulo-squameuses et celles-ci toujours localisées au niveau de la surface cutanée des régions labiale supérieure et labiale inférieure, ainsi qu'au pourtour des commissures. On relève en particulier, de 1879 à 1883 seulement, quatorze de ces récidives. Ces syphilides papulo-squameuses apparaissaient tantôt isolées, tantôt par groupes. Chaque fois le traitement interne et le pansement local amenaient plus ou moins rapidement la disparition complète des accidents, lesquels, au bout de quelques semaines ou

de plusieurs mois, dès la suspension du traitement réapparaissaient *in situ*, au grand désespoir de la malade.

L'auteur cite onze observations du même genre; d'après Portalier, des syphilides tuberculo-ulcéreuses surviennent de quatre à dix ans après le début de l'infection. Feulard (Congrès de Londres, 1896) a vu des accidents secondaires après 4 ans, Fournier après 17 ans, Barbe 20 ans après, des plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus. Ces conclusions sont confirmées par Leloir-Elhers, de Copenhague, Hardy, Fournier, etc.

D'une façon générale la roséole primitive est constituée par des taches sans saillie, ni squames, crénelées, couleur fleur de pêcher, aprurigineuses, respectant le visage et les extrémités, ne s'effaçant pas complètement sous le doigt; à larges ou à petites taches, elle peut quelquefois faire une légère saillie et affecter la forme ortiée. Après une durée variable, d'au moins plusieurs semaines, elle finit par pâlir, puis disparaître.

Cette manifestation érythémateuse survenant quelques semaines après le début du chancre, est le signe certain, la pierre de touche de la spécificité; le clinicien en suspens devant une érosion suspecte, n'hésite plus à l'apparition à délai fixe des taches lenticulaires. Or un des points les plus curieux dans la marche de la roséole, c'est qu'elle peut comme le chancre, se reproduire un nombre variable de fois, et ces récives passent souvent inaperçues du malade, qui du reste, ne s'en inquiète souvent pas outre mesure. Elles se voient jusqu'à la 11^{me} année et peuvent se répéter jusqu'à dix fois. Comme caractères spéciaux, elles sont

généralement moins étendues que la roséole primitive, atténuées comme nombre d'éléments et intensité de coloration. Au point de vue dermatologique elles rentrent dans la catégorie des érythèmes secondaires seraient d'après Fournier (1) l'apanage exclusif des sujets traités par le mercure et auraient presque toujours un pronostic bénin. Après une durée de quelques semaines, elles se terminent par résolution. En voici des exemples (Fournier. *Annal. de dermat. loc. cit.*) observation VI.

Un malade ayant eu la syphilis en 1890, à sa sixième roséole, a eu en 1892 des douleurs osseuses et une autre roséole en 1894.

Tchistiaïoff. (*Annales de dermat. et syph.* 1895. p. 703) rapporte le fait suivant :

Étudiant de 25 ans ayant eu un chancre en 1889 et chez lequel s'est montrée en 1894 une éruption généralisée surtout abondante aux membres et persistant encore. Ce sont des macules rosées ou brunâtres, confluentes ou annulaires, arrondies ou ovalaires, non prurigineuses ni desquamatives. Il n'y a pas d'infiltration à leur niveau.

Il existe encore une autre manifestation de la roséole : l'érythème tertiaire de Besnier (syphilide tertiaire érythémateuse de Vidal), étudié par Ricord, Basserau, Cullerier, Bazin, Hardy, Fournier et sujet d'une thèse de Brauman (8 juillet 1891, érythème circiné tertiaire). Les accidents tertiaires peuvent présenter deux formes superficielles et généralisées qui les rapprochent des secondaires : la syphilide papuleuse superficielle (rare) et l'érythème plus fréquent.

(1) *Annales de Dermat. et Syph.*, oct. 1896. Roséole à récurrences multiples.

Ce dernier se présente avec une coloration rose pâle, un peu jaunâtre, formant parfois des cubes, des ovales circonscrits et étendus, sans relief ni desquamation. Il aurait une durée assez longue et une certaine résistance ou traitement spécifique.

La roséole se manifeste donc à une période quelconque de la syphilis constitutionnelle avec sa physionomie propre ; la distinction de roséole de retour, érythème tertiaire, sont fondées plutôt sur leur époque d'apparition que sur des caractères dermatologiques tranchés, leurs éléments types sont les mêmes de l'avis de nombreux auteurs et de M. Fournier. Cet excès de division ne répondant pas à la réalité, n'amène que la confusion dans les esprits.

L'alopécie n'apporte pas plus de précision ; elle n'est pas spéciale à la syphilis et Neuman a décrit une forme de syphilide tertiaire rappelant la teigne tonnante et pouvant en imposer pour une alopécie en clairière.

Les autres manifestations secondaires sont tout aussi sujettes à récurrences, séparées par un temps variable de repos et de bonne santé apparente :

Nous arrivons à la période tertiaire, mais où commencera-t-elle, quelle en est la ligne de démarcation avec les syphilides secondaires ?

La syphilis cérébrale et viscérale se voient aussi aux deux périodes. La confusion est telle qu'on voit :

1° Les accidents tertiaires succéder aux secondaires, comme c'est la règle.

2° Les précéder (*thèse de Le Tellier*, 7 juillet 1897, gommes syphilitiques précoces), ainsi la gomme peut se rencontrer dès les premiers mois de la syphilis,

même avant la cicatrisation du chancre et se place à côté des manifestations érythémateuses.

3° Coexister avec eux (*Le Tellier, loc. cit.*).

Le chancre, du reste peut aussi succéder aux accidents secondaires au lieu de les précéder (observation XII, à la fin de notre thèse.

Il a un caractère commun avec les lésions tertiaires : le phagédénisme. Dans les deux cas, il se développe chez les débilités et les alcooliques ; l'apparence clinique et anatomo-pathologique est la même et si pour la lésion chancreuse, il est plus régionale, de plus courte durée et non serpigneux, cela tient seulement à la réaction organique qui est différente et plus intense.

Il est encore classique de dire que les lésions tertiaires ne sont pas contagieuses, comment expliquer, disent les réinfectionnistes, que des ulcérations tertiaires chancriformes puissent donner la vérole ? On devrait réagir selon nous, contre cette opinion. Ce sujet a son importance hygiénique et sociale, et cette théorie serait coupable d'exposer à l'infection par une confiance trompeuse.

Si les cas de contagions par des accidents tertiaires sont peu communs, cela signifie que ces derniers sont moins fréquents, qu'ils sont plus rares à la bouche et aux organes génitaux qu'aux deux autres périodes ; les malades parce qu'ils sont plus visibles et plus graves, s'en préoccupent et s'en méfient davantage.

Ces faits de contagion sont donc difficiles à observer et le silence des auteurs à leur égard s'explique mieux, si l'on songe combien il a été difficile de faire admettre il y a un demi-siècle à peine, le danger des

accidents secondaires. Déjà le Professeur Landouzy (*Congrès de Paris*, 1889) cite deux cas indubitables et deux autres présentant des garanties presque égales. Hardy, Fournier, Arnozan, Tarassewitch (*thèse de Paris*, juillet 1897) viennent confirmer cette opinion par de nouveaux faits. Théoriquement du reste, comment croire que les syphilides tertiaires précoces qui sont des véroles très malignes, ne soient pas contagieuses? Quant à l'expérimentation, qui semble s'être montrée négative, ses conclusions ne sont pas exemptes de critiques. Enfin au Congrès de Londres en 1896 (Hutchinson, Fculard, Lassar, Tarnowsky, Blaschko), les rapporteurs et la discussion montrent la longue durée de la période contagieuse, à laquelle on ne peut assigner aucune limite.

Le virus syphilitique ne semble donc pas avoir d'une façon constante et invariable, cette marche graduée en trois stades; si la classification de Ricord est commode pratiquement, elle nous trompe sur l'état de virulence du germe. D'après l'observation, il semble procéder par poussées plus ou moins longues, favorisées par les circonstances, l'état actuel du terrain. Celles-ci sont caractérisées par l'apparition d'un nombre variable d'éléments spécifiques, naissant successivement par groupes. Une seule de ces exaltations peut se produire dans la vie d'un syphilitique, rendant le type gradué de Ricord; mais fréquemment aussi, il apparaît, pour des motifs que nous examinerons plus loin, des récidives plus ou moins nombreuses, éloignées ou complètes, constituant des véroles dans l'existence d'une vérole :

En octobre 1884, chancre induré, adenopathie roséole, plaques muqueuses de la gorge en décembre.

Récidives en 1885, 1886, 1888; en 1889, trois semaines après un coït, chancre préputial qui s'indure, adénopathie généralisée, roséole, angine papuleuse. (Nicolas Preis, 17 nov. 1889, *Médecina*).

Observation 27, à la fin de notre thèse.

L'organisme se défend contre l'infection, comme le démontrent les théories modernes, et cette lutte de tous les instants arrive sans doute à modifier le virus et à créer ainsi ses manifestations de plus en plus atténuées; mais cet organisme peut fléchir parfois; le mauvais état de ses organes, la vieillesse, les fatigues de toutes sortes, peuvent le mettre dans un état d'infériorité telle que la syphilis reparait plus ou moins bénigne ou, au contraire, plus féroce.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les données cliniques précédentes sont pleinement confirmées par celles de l'histologie. Virchow disait déjà (*Syphilis constitutionnelle*) : « L'induration du chancre présente la marche d'une dermatite gommeuse... Le chancre induré ressemble entièrement aux productions gommeuses... La tumeur gommeuse ne renferme aucun élément spécifique ».

Boerensprung dit : L'exsudat qui forme l'induration spécifique du chancre est identique avec les épanchements qui se forment dans les divers organes, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle ».

Pour M. Cornil (*Leçons sur la syphilis*), les caractères anatomiques du chancre, de même que les cliniques, sont impossibles à distinguer de la forme papulo-tuberculo-utéreuse. Ajoutons à ces témoignages ceux de Unna, Durling et leurs élèves.

Il faut admettre aujourd'hui que la syphilis est une maladie microbienne, bien que la chose ne soit pas encore rigoureusement confirmée, par les bacilles qu'on a découverts (Lustgarten, Niessen). Toutes les lésions doivent dériver de cette source unique.

L'étude du sang nous fournira des lésions constantes à toutes les périodes, mais plus ou moins prononcées et semblant se modifier surtout suivant la marche clinique de la maladie. De nombreux auteurs s'en sont préoccupés depuis Ricord, Wilbouchévitch, Keyes, Hoymen, Antz, Valerio, Dominici, etc.; ils ont toujours constaté les caractères suivants ;

1° La diminution de l'hémoglobine de 13 à 30 %, déjà au début du chancre, d'après Konried ;

2° Un nombre inférieur d'hématies de 1 à 66 % ; ils sont modifiés, pâlis, déformés ;

3° L'augmentation de la quantité de globules blancs et des cellules éosinophiles au moment des exanthèmes ;

4° Le sérum est moins dense, moins alcalin ; il y a diminution des chlorures dans la proportion de 1,85 %,

Le chancre est constitué, histologiquement, par une érosion reposant sur une base indurée. L'induration est superficielle et parcheminée où le ségument est mince et les cônes vasculaires très inclinés ; elle est nodulaire quand le tissu cellulaire est abondant : elle dépend donc uniquement de la constitution anatomique du tégument.

D'après Unna, elle est formée par un épaissement de l'épiderme, prolifération de l'endothélium des vaisseaux dilatés et entourés de plasmazellen et de faisceaux collagènes denses. L'épiderme a perdu sa couche granuleuse. Les bourgeons interpapillaires allongés sont amincis du fait de l'élargissement des papilles. La surface de l'érosion présente une couche de cellules plates avec des leucocytes et au-dessus une mince couche cornée. La néoplasie inflammatoire

se compose de cellules plasmatiques (plasmome de Unna) et de tissu fibreux (fibrome). Ces deux éléments se rencontrent dans le lupus, avec une intrication moins marquée. Le néoplasme chancreux est formé par la juxtaposition d'un certain nombre de territoires (comme la gomme), dont une branche vasculaire occupe le centre. Dans ces territoires, les interstices sont bourrés de cellules diverses (plasmazellen, mastzellen, leucocytes rares). Les vaisseaux autour du module sont altérés, entourés de manchons cellulaires, leur calibre est diminué; les artérioles peuvent être atteintes d'artérite oblitérante. Le chancre guéri laisse des résidus sous forme de nodule persistant, riche en cellules géantes et en tractus cellulaires arrondis ou ovales sur les coupes. Ce résidu formé du syphilome de Wagner, Virchow, Verneuil, explique l'apparition de la papule et la récurrence du chancre *in situ*.

La roséole est une lésion syphilitique de transition, mais marquée elle aussi par des lésions vésiculaires, une infiltration de leucocytes et un œdème du corps muqueux.

La papule, type de la syphilis secondaire, est un néoplasme sous-épidermique, dont la face profonde présente un prolongement longeant les vaisseaux sanguins. Ceux-ci sont entourés de cellules plasmatiques (Unna), au centre desquels on voit toujours un capillaire sanguin. La papule, comme le chancre, contient un grand nombre de cellules géantes.

Dans la forme la plus commune de syphilide tertiaire, le tubercule gommeux, c'est la papule qui reparait avec des nuances tenant à l'ancienneté de la maladie. La gomme se développe excentriquement

autour d'un vaisseau, suivant la direction de moindre résistance, par une infiltration cellulaire de plasmazellen, de cellules géantes; le tissu fibreux est plus dense à la périphérie, d'où il disparaît peu à peu, ce qui permet à la gomme de se ramollir.

On voit que l'histoire anatomo-pathologique générale est très simple : la papule d'Unna en est l'élément principal, dont de légères modifications formeront le chancre, la gomme ou la roséole (papule en formation et diffuse). Ce qui domine, c'est un néoplasme formé par du tissu conjonctif plus ou moins infiltré et bourré de cellules diverses autour des terminaisons vasculaires. Les seules nuances qui déterminent les formes cliniques sont les différences d'agencement du fibrome et du plasmome, l'intensité variable de la réaction néoplasique et inflammatoire qui n'est pas d'ailleurs spéciale à la vérole. Ajoutons les infections secondaires, l'influence du terrain et nous aurons les différentes variétés de syphilides.

L'histologie admet donc difficilement les divisions de la clinique, elle les unifie pour ainsi dire dans une lésion toujours identique à elle-même : le syphilome de Wagner, comme la tuberculose se ramène au tubercule.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Les réinfectionnistes disent : « non seulement les secondes véroles que nous avons vu évoluer ne diffèrent aucunement des premières, mais encore les conditions étiologiques sont les mêmes. » Évidemment qui n'a rien ne donne rien. Une syphilis récidivante, dont on pourrait écarter d'une façon indéniable tout facteur de contagion, serait bien sujette à caution. Or on connaît des spécifiques, après un rapport unique avec un malade présentant des accidents, voir survenir à quelque temps de là, une vérole à marche normale et régulière.

Comment expliquer ces faits, si on ne suppose pas la réinfection ? Il faudrait un concours de circonstances vraiment surprenant pour qu'une poussée complète de récidive (chancre, roséole etc), coïncidât précisément, à temps fixe, avec un coït unique.

Cet argument de la confrontation est puissant et il est difficile aux adversaires de la réinfection d'y répondre autrement qu'en invoquant les erreurs de diagnostic.

Remarquons d'abord que le second chancre dans plusieurs observations, se développe seul sans accident consécutif. Ensuite, son développement n'obéit pas à la loi générale de l'incubation : on le voit survenir non pas à partir du vingtième jour après la contagion, mais au 3^e jour (Šturgis) au 4^e jour (Stitzer, Bergh), au 5^e jour (Dardel) au 8^e jour (Hugo Engel) au 10^e jour (du Castel), au 12^e jour (Bergh), au 14^e (Diday). Dans la plupart des cas confrontés, le chancre survient en dehors des limites ordinaires de l'incubation, soit trop tôt, soit trop tard. Il est cependant des faits où les conditions sont remplies intégralement exemple : l'observation de Mracek où le sujet vit apparaître son chancre environ 30 jours après le coït, l'observation de Pospelov précitée ; mais ces cas sont l'exception, et on pourrait alors admettre un concours extraordinaire de circonstances sans rapport de cause à effet.

Le plus souvent les renseignements sur la durée de l'incubation font défaut, l'origine de l'infection est inconnue, le malade même après une enquête sévère, ne semble pas s'y être exposé.

D'autres fois, la confrontation est bien incomplète ; dans les observations, les sources possibles de contagion sont ainsi décrites : « coït suspect..., avec une prostituée..., avec une femme de mœurs légères ». Aucun autre détail sur la femme, l'argument perd sa valeur, rien ne prouve que cette femme de mœurs légères ait des accidents syphilitiques contagieux.

La réinoculation a depuis longtemps séduit les auteurs. Il semblerait que dans l'embarras, elle dût trancher la question. Les résultats sont contradictoires et n'apportent pas beaucoup plus de lumière. On a pu reproduire le chancre quelques jours après son appa-

rition, comme cela se passe en clinique et s'explique par une immunité incomplète. Les expérimentateurs sont nombreux : Leloir (Leçons sur le chancre, 1886), Keyes (Surgical dise of gen urin., 1886), Hutchinson (La Syphilis, 1887, etc.). Le plus grand nombre des tentatives ont été faites sur des syphilitiques porteurs d'accidents secondaires, sans succès, avec quelques pustules peu démonstratives : Hunter, Wallace, Colles, Rollet, Diday, Rodet, Cazenave, Vidal, Puche, Richet, Velpeau, Köbner, Erlangen, Michaelis, Sperino, etc. Chez les tertiaires, la réinoculation a été plus positive. Vidal (1), à un syphilitique depuis 5 ans, applique deux visicatoires pansés avec du liquide venant de plaques secondaires et voit survenir une pustule croûteuse à la place d'un vésicatoire et des lésions analogues à la tête et au cou. Bouley et Schnepf (2) obtiennent des résultats semblables chez une femme tertiaire. Ducrey (3), chez une femme syphilitique depuis dix ans, présentant avant la réinoculation des lésions tertiaires, obtint une éruption cutanée érythémato-papuleuse, des plaques muqueuses, des douleurs rhumatoïdes et de la fièvre. Ricord (1881), Rinecker (1874) Scarenzio (1882), Hutchinson (1888) ont publié des succès aussi peu complets.

L'immunité de la mère pour son nourrisson né avec des lésions spécifiques, l'imminuité acquise de ce dernier sont des lois cliniques : loi de Beaumés, Colles, Profeta. La première, ou loi de Colles, semble souffrir des exceptions, elle est pleine d'obscurités : théorie de la syphilis par conception ; elle est encore

(1) *Ann. de Cazenave*, t. IV, p. 253.

(2) *Ann. de Cazenave*, t. V, p. 5

(3) *Giornale del. malat. vener.*, e. del. pel., décembre 1888.

à l'étude, nous ne la discuterons pas. La seconde loi touche directement à notre sujet : l'hérédo-syphilitique ne doit pas en principe acquérir de nouveau la vérole ; or, on cite des cas où cette immunité est perdue : Hutchinson (Brit. med. Journal 1861) (syphilis 1887), Merkel (Baieraretzlich Intellenz-Blatt 1869) Bock (Erfahrungen ub syph 1875), Donse (Med. Time. and *Gazette* 1877), Rinecker, Lang, Taylor, Mireur (thèse de Paris 1867), Hudelo (*Ann. de derm. et syph.* 1891) et les observations suivantes rapportées à la Société de dermatologie, le 10 décembre 1896.

I (Le Pileur). — Dame anglaise mariée à un syphilitique à qui son médecin fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium. Elle fait une fausse couche quatre mois après son mariage en 1865 ; en 1866, accouche d'un enfant à terme, mais jamais chez elle d'accident à constater. Son mari, alcoolique, avait contracté la syphilis à 30 ans, cinq ans avant son mariage et avait en 1877 des gommes de la jambe et des syphilides tuberculeuses du tronc et des cuisses, il mourut d'accidents cérébraux.

L'enfant à 10 ans avait le crâne petit, la physionomie hébétée, la bouche toujours ouverte, front étroit, microdontisme, stries et érosions des dents irrégulières. Comme signes subjectifs, l'enfant est triste, peu intelligent, très colère.

En avril 1895, à 29 ans, dans le sillon balano-préputial à droite, chancre infectant type de trois centimètres d'étendue. Roséole papuleuse sur le tronc, discrètes sur les cuisses et les bras, angine spécifique, plaques linguales et labiales, céphalée intense, tristesse morne. Le coït infectant remonte, en février, le chancre est apparu en mars, et a mis

un mois à disparaître. Nouvelle poussée en automne à la langue et aux lèvres.

II (Barthelemy).— Père syphilitique et bien traité un an avant son mariage; fils aîné indemne de toute tare, quoique né avant terme à 7 mois 1/2. Syphilis indubitable acquise par ce dernier.

Wickam cite un cas analogue.

On objecte à ces faits qu'ils sont passibles des mêmes objections que les réinfections de syphilis acquises. Les enfants, nés de parents vérolés ont souvent des déformations décrites comme stigmates d'hérédo-syphilis, et dans les observations de réinfection ne présentent pas les lésions spécifiques de la maladie (foie, pemphigus, etc.). Les stigmates dystrophiques se retrouvent ailleurs que dans l'hérédo-syphilis : l'hérédo-alcoolisme, l'hérédo-tuberculose (*thèse de Edmond Fournier Paris 1878*). La vérole est un facteur important de rachitisme, de dégénérescence chez les enfants de syphilitiques, comme toutes les intoxications, microbiennes ou non, aussi est-il permis de les classer avec M. Fournier dans les parasyphilitiques par lésions rachitiques, lésions ne s'amendant pas par le traitement spécifique.

Est-il permis de dire qu'ils sont syphilitiques ?

Ce serait aller un peu loin, surtout si le père seul est malade. Même quand la femme est contagionnée dans le cours de la grossesse, l'enfant qui doit naître, le sera-t-il ? Question contraversée, des auteurs tels que Boerensprung, Kassovitz, etc., nient la possibilité de la transmission de la syphilis à travers le placenta.

CHAPITRE IV

IMMUNITÉ RELATIVE DE LA SYPHILIS

Il semble ressortir de la discussion précédente que la réinfection est presque une utopie, nous avons prouvé, en effet, en prenant successivement les arguments les plus sérieux des réinfectionnistes, qu'ils n'ont pas grande valeur et que tous les accidents rapportés à une seconde vérole, appartiennent en réalité à l'évolution plus ou moins normale de la première. Mais si chacune de ces preuves est attaquable, leur ensemble est autrement puissant, exemple : le cas cité au début de notre thèse, incubation, chancre, adenopathie, roséole, accidents secondaires, tout s'y trouve et nous sommes obligés, comme Lancereaux (*traité de la Syphilis*), de trouver imposante cette réunion de symptômes. C'est pour cette raison que le nombre des réinfectionnistes va chaque jour croissant et que leurs adversaires semblent réduits à quelques entêtés incorrigibles. Mais les premiers sont allés plus loin ; de la récidue, ils ont conclu à la guérison de la première syphilis et à la durée passagère de l'immunité, comme cela se trouve dans des affections très

immunisantes : la fièvre typhoïde, la variole (Hutchinson, Congrès de Londres, 1896).

Les arguments des deux camps sont donc excellents : les uns accumulent les observations de plus en plus complètes et probantes, les autres leur trouvent à chaque instant un nouveau siège et de nouvelles erreurs de diagnostic. A quel avis se ranger ? le problème paraît insoluble à ce point de vue spécial, puisque les autorités les plus compétentes sont en désaccord ; sa solution nous semble ailleurs.

La syphilis est une maladie microbienne indubitable, étant donné sa contagion et sa marche clinique et si son bacille n'est pas décrit d'une façon définitive, c'est une question de temps. Elle doit avoir les caractères des maladies infectieuses.

Parmi celles-ci, les unes sont aiguës, leur microbe a besoin pour se développer d'un sol spécial, d'une épidémie, mais il a peu de vitalité dans l'organisme humain ; celui-ci réagit d'une façon intense, se défend et triomphe. D'autres sont chroniques ; nous sommes moins armés contre elles : leur bacille quoique moins actif, d'une pullulation peut être moins rapide, est plus résistant, la réaction organique est moins puissante et cet ennemi temporisateur n'en arrive pas moins à la fin à avoir raison de notre existence, comme le bacille de Koch. La syphilis semble rentrer dans cette dernière catégorie ; la durée de l'incubation, de la généralisation, la lenteur de la marche des accidents en font une des maladies les plus torpides qui existent. Elle n'est pas, comme le croyait Ricord, une affection unique dans la pathologie ; elle a une évolution parfaitement normale et si on veut un autre exemple, on peut la comparer à la lèpre

également microbienne, lente, aux ulcérations tardives.

Elle est, par ce motif, plus terrible. Nous sommes mal prémunis contre ce microbe qui travaille sourdement, sape peu à peu l'organisme qui semble ignorer son mal. C'est pour cela aussi que le traitement qui ne fait qu'aider les moyens naturels et qui s'inspire d'eux, a peu de prise contre elle, pas plus que contre la lèpre ou la tuberculose. Il y a d'autres analogies avec les maladies infectieuses; comme elles, elle subit l'influence du terrain, des infections secondaires; comme elles, elle pourrait guérir ou sa virulence augmenter par déchéance du malade et infection surajoutée.

La tuberculose peut rester longtemps latente et tout à coup brûler les étapes sous forme de phthisie galopante; la syphilis, maladie chronique, même bénigne, n'aurait-elle pas de ces réveils redoutables? Les maladies les plus immunisantes, la variole se recontagionne, la fièvre typhoïde peut récidiver et même rechuter à peine sortie de l'infection primitive: l'immunité complète doit être rare, elle n'est jamais que relative.

Diday avait déjà dit: « Il me semble qu'il ne s'agisse pas d'une réinfection, mais plutôt d'une infection se complétant en plusieurs fois. Au deuxième contact, le principe infectant ne trouve pas une immunité complètement réalisée, il agit donc, mais il agit dans les limites que l'infection précédente marquait à son pouvoir actuel... C'est une vérole en deux livraisons complémentaires plutôt qu'une réédition ». Unna est venu montrer, en s'aidant de l'histologie, toute l'importance des infections secondaires: sa

manière de voir a été adoptée par Duhring, par Balzer (*Traité de médecine et de thérapeutique*) ; nous avons observé nous-mêmes une fièvre typhoïde qui a rappelé les accidents secondaires chez un syphilitique depuis trois ans. Nous pouvons maintenant concilier les opinions. Nous dirons aux réinfectionnistes : on ne guérit pas de la syphilis, ou, du moins, on ne peut le savoir par la marche de la maladie ; nous répondrons à leurs adversaires : oui, la réinfection existe, si le mot veut dire exaltation nouvelle du virus syphilitique reproduisant pour quelque temps la marche aiguë de la maladie. On ne peut trouver d'autre explication de la récurrence à si bref délai dans les observations suivantes :

Observations I et XXVII de notre thèse.

Sturgis (*Rev. des Sciences Médicales*, 1882, p. 638.

Homme atteint de syphilis depuis vingt-trois mois et n'ayant présenté aucun accident, ni suivi aucun traitement depuis quinze mois, fut pris trois jours après un rapprochement suspect après cinq mois de repos sexuel de chancres mixtes, à la suite desquels se reproduisirent, tous les signes d'une syphilis jeune de nouvelle infection.

Gabolotozski (*Med. obozr.* 1884).

Jeune homme de 23 ans, qui dix-huit mois après un premier chancre suivi d'accidents secondaires, présenta un second chancre qui s'accompagna d'adénopathie et de roséole.

Il faut déterminer les causes de ces processus réexaltés, nous allons tenter de le faire.

Tous les auteurs ont noté l'importance des influences ambiantes sur le développement de la syphilis. Toutes les intoxications sont funestes, provoquent des poussées

nouvelles, ou un tertiarisme précoce : l'alcoolisme stimule et entretient la syphilis. Fournier (Leçons sur la syphilis), Barthélemy (syphilis et alcoolisme, *Société de médecine légale* 1882. *Annales d'hygiène et de médecine légale* 1882, syphilis et santé publique 1890), grâce à lui les terribles localisations cérébro-médullaires sont fréquentes. Le tabac, par l'absorption de la nicotine et par l'irritation locale entretient indéfiniment les plaques muqueuses de la bouche. Les excès physiques, la fatigue musculaire, le défaut de sommeil, le surmenage cérébral ont la même influence nocive. Le manque de propreté, les irritations malpropres aident puissamment à la durée des accidents secondaires, aux ecthymas et aux rupias; c'est la même cause qui détermine la prédilection toute spéciale des lésions pour les orifices naturels, bouche, nez, anus, organes génitaux, les plis naturels, les localisations séborrhéïques : sternum, dos, cuir chevelu, front, enfin pour les mains et les pieds. On connaît la gravité de la syphilis chez les vieillards qui sont des déchus physiologiques : la syphilis n'aime pas les vieux, disait Ricord. Chez les uns, les poussées sont en relation avec les saisons ; chez d'autres, avec les changements de température et de climat.

Les femmes, d'après Mauriac, sont moins atteintes que les hommes, parce qu'elles font moins d'excès ; elles sont aussi bien moins sujettes aux réinfections. La misère, le mauvais régime alimentaire, les privations, engendrent les syphilis malignes de même que les maladies chroniques : la tuberculose, la scrofule, le paludisme, l'arthritisme, les maladies cutanées parmi lesquelles l'eczéma. La qualité du germe doit entrer

en ligne de compte ; il y a des véroles plus ou moins graves, surtout les exotiques ; les secondes syphilis se rencontrent fréquemment chez les malades atteints de récidives multiples : observations de Nicolas Preis (voir plus bas) V et VII de notre thèse.

La vérole est par elle-même une maladie très anémiant, nous l'avons vu en étudiant l'anatomie pathologique ; cette anémie accompagne toujours les récidives et doit en augmenter la durée et l'intensité. Nous nous bornons à cette énumération ; ces influences n'ont du reste rien de particulier et ont été notées pour toutes les maladies.

Une des causes déterminantes les plus importantes est les excès de coït, dans la production des accidents dits de réinfection. Le coït agit par les infections secondaires qu'il provoque, par le traumatisme, par la déchéance organique et nerveuse qu'il produit ; aussi est-il un facteur considérable de récidives :

Observation I. — Du Castel (*Semaine médicale*, 22 août 1888).

Un homme de 43 ans vint le consulter en 1885 pour une induration chondoïde du sillon balano-préputial présentant tous les attributs de l'érosion chancreuse ; pas d'adénopathie inguinale. Il avait été soigné 25 ans auparavant par Langlebert pour une syphilis nettement caractérisée ; marié, il avait eu deux enfants bien portants. Veuf, il était aller chercher fortune en Amérique, où il vivait dans les mines d'or, loin des villes et condamné à la continence ; dernièrement après une sagesse de plusieurs mois, il était revenu en France ; un soir avant de s'embarquer, il pratiqua le coït et ce fut la seule fois pendant le voyage : dix jours après, il constatait une induration qui s'ac-

crut chaque jour ; elle avait quand il vint me trouver, quinze jours après le début, le volume d'une grosse noisette, la consistance chondroïde, et l'ulcération caractéristique. Je pus suivre le malade pendant cinq semaines, l'ulcération se creuse quelque peu, puis se cicatrise ; il n'y avait ni adenopathie, ni érythème secondaire.

Observation II (*ibidem*). A quelque temps de là, un malade venait me consulter, atteint lui aussi d'un pseudo-chancere très caractérisé remontant à cinq ou six jours ; pas d'adenopathie ni d'éruption cutanée. Or, 11 ans auparavant, il avait eu une syphilis nette, traitée à l'hôpital. *Dix jours* avant de voir apparaître l'accident pour lequel il venait me consulter, il avait eu des rapports plus que suspects.

Observation III. (Hugo Engel. *Philadelphie Méd. Times.*)

Jeune homme de 24 ans, atteint sept ans avant de syphilis, vint le trouver *huit jours* après un rapport suspect. On trouve un chancre induré qui mit trois semaines à se cicatriser, il n'y eut ni adenopathie, ni accidents secondaires.

Observation IV. (Diday. *Archives générales de méd.*, 1862.)

Officier, guéri depuis 4 ans d'une syphilis constitutionnelle, contatée, *quatorze jours* après un coït suspect, un chancre qui ne s'accompagne ni d'adenopathie, ni d'accidents constitutionnels. La fille publique, de qui l'officier tenait ce chancre, avait donné la vérole à un de ses amis et Diday la trouva atteinte d'érosion chancreiforme.

On voit ces pseudo-chancres se développer presque aussitôt après le coït, comme une poussée d'herpès ou

une simple chancelle ; ces observations peuvent être mises en parallèle avec la suivante et provenir d'une cause agissant d'une manière analogue :

Aschner (*Société hongroise de dermat.*, 6 janvier 1896), rapporte le fait d'un syphilitique depuis un an et qui présente des syphilides orbiculaires nombreuses à l'épaule et à l'omoplate gauche ; or, le malade portait toujours des sacs sur l'omoplate gauche.

Si un ancien paludéen retourne au pays de la malaria, il se surimprégue et provoque aussitôt un accès aigu de fièvre intermittente. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la syphilis ? Si un sujet s'est trouvé en contact avec un même virus, mais plus violent que le sien, peut-être pourrait-il aggraver sa maladie. Ainsi, un syphilitique tertiaire, dans de mauvaises conditions hygiéniques, par exemple pourrait se surinfecter en s'inoculant une syphilis plus jeune et plus maligne.

Or, à la période d'incubation et même pendant l'existence de l'accident primitif, la clinique et l'expérimentation nous montrent des chancres dus à des infections postérieures évoluant successivement. Erik Poulpidan (*Ann. de dermat.*, 1885), Lasch (*Archiv. f. dermat.*, 1891), Bumm (*Vierteljahren f. dermat.*, Ricordi (*Ann. univ. di med.*, janvier 1866), montrent des chancres de réinoculation apparaissant quelques jours, et jusqu'à près de cinquante jours après le premier. Donc, pendant cette première période, l'immunité est relative ; on n'irait pas dire cependant que le sujet n'est pas complètement infecté, le peu de résultat de l'excision du chancre le prouve.

Dans la deuxième période ou secondaire, la syphilis est dans toute sa force, on comprend qu'à ce moment

les inoculations soient négatives et pourtant la clinique nous offre des observations suggestives : observations I et XXVII de notre thèse, Turgis et Gabolotozski, page 39.

A la période tertiaire, l'organisme semble avoir repris le dessus et, même s'il existe des poussées, elles n'ont pas la même diffusion et généralisation. Elles n'éclatent pas sans cause, demandent un terrain bien préparé chez un tertiaire affaibli par des intoxications et la syphilis elle-même : survienne alors un coït, par exemple avec une personne atteinte d'accidents secondaires en pleine floraison et l'on verra survenir sur l'ancien spécifique, presque aussitôt, une série d'accidents dits de réinfection et dus, suivant nous, à une nouvelle imprégnation d'un virus plus exalté, au contact duquel l'ancien retrouve ses qualités premières. Si la marche de la maladie ne suit pas alors exactement celle de la première infection, c'est que le sujet a acquis un certain degré d'immunité et on a des véroloïdes au lieu de véroles, sans que cela du reste soit constant.

C'est pour cette raison que, chez les prostituées clandestines qui remplissent toutes ces conditions, la syphilis est particulièrement grave et à récidives fréquentes à la période tertiaire, et à Saint-Lazare lorsqu'une malade se présente avec des lésions génitales monstrueuses, on peut affirmer qu'elle appartient à cette catégorie de filles.

Chez les conjoints, nous voyons un mari tertiaire n'ayant pas eu d'accidents depuis longtemps, donner la syphilis à sa femme, et pendant que celle-ci est en période d'éruption, présenter une série de lésions simulant parfois la réinfection :

Observation de Douaud (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1879).

Observation V à la fin de notre thèse.

Observation de Pellizari (*lo sperimentale* 1882).

Homme, a eu en 1870, une ulcération syphilitique du frein, sa femme qu'il avait épousée en 1868, qui était restée saine et lui avait donné un enfant sain, contractait la syphilis du mari vers le 4^e mois d'une grossesse (l'enfant naît à terme, mais syphilitique, croûtes du cuir chevelu, papules, etc.) La femme souffre de douleurs osseuses et d'éruptions cutanées jusqu'en 1872 ; en 1873, elle a une syphilide ulcéreuse et une perforation de la cloison. En 1880, le mari est vu porteur d'une ulcération indurée avec balano posthite et phimosis intense ; quarante jours après, fièvre, éruption maculeuse, papules humides des lèvres, pustules du cuir chevelu, plaques buccales. Guérison par le mercure. La femme présente en même temps un accident primitif (ulcération de la fourchette en papillon, à induration parcheminée) avec œdème et lymphangite de la lèvre, adénopathie ; érythème maculeux, puis papules lenticulaires, papules anales et des grandes lèvres, papules palmaires et plantaires. Le mois suivant, récidives des éruptions sur les genoux, les poignets, le cou, la bouche, la région génito-anale. Santé générale médiocre.

On sait de plus que l'origine du virus n'est pas indifférent pour le pronostic, que la vérole mexicaine par exemple est très grave. M. le Professeur Dieulafoy connaît le fait d'un médecin qui a été contagionné en France une première fois et une seconde fois au Mexique : il eut une poussée aussi longue que la première.

L'expérimentation a réussi dans quelques cas à provoquer quelques accidents chez le tertiaire, comme nous l'avons déjà vu, si elle a échoué le plus souvent, c'est que ceux-ci ne présentaient pas à ce moment un terrain déprimé et favorable, c'est pour la même raison que les poussées de réinfection sont si rares en clinique.

CONCLUSION

I. — *Conclusion théorique.* — Nous sommes arrivés à une théorie mixte. La réinfection ne semble pas dénuée de fondement, mais elle ne peut conclure à la guérison radicale de la syphilis et à la perte absolue de l'immunité. On peut comprendre la récidive par l'étiologie et l'anatomie pathologiques : des causes déterminantes générales ou locales agissant sur des syphilomes torpides et persistants, le contact d'un veruis plus malin produisant une surinfection, peuvent suffire à expliquer ces exaltations de la syphilis simulant la réinfection et survenant comme une poussée de granulie chez un tuberculeux.

II. — *Conclusion pratique.* — On voit la grande importance de l'hygiène pour le syphilitique : régime, intoxications, irritations locales. Au point de vue sexuel, il se croit à l'abri, parce qu'on n'a pas deux fois la vérole. Nous voudrions le prévenir contre cette dangereuse quiétude, l'engager à ne pas s'exposer à une nouvelle contagion et lui démontrer, comme le disait Ricord de la blennorrhagie, qu'on peut attraper une seconde syphilis, bien que ce soit la première qui revienne par un coït malpropre.

OBSERVATIONS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE

OBSERVATION I (V. Fisichella). — *Contributo alla casuistica della rein. sifi. Comment clinico del malat. cut. gen. ur.*, février 1894, p. 5).

Fille de 14 ans, ayant présenté en janvier 1891 un chancre de la région périanale avec polyadenopathie, puis une syphilide papulo-hypertrophique ano-vulvaire, une roséole, des plaques muqueuses sur les lèvres et sur la langue, des syphilides tuberculeuses du front et de la nuque : ces dernières lésions ont été constatées au mois de mai 1893. Le 4 septembre, la malade se présente à la clinique avec une lésion de la joue droite, datant de 20 jours environ et consécutive à une morsure faite par un sujet actuellement en traitement pour des accidents syphilitiques : cette lésion, arrondie, de la dimension d'une pièce de un franc, à bord un peu saillant, non douloureuse, est le siège d'une ulcération peu profonde, plane, peu suintante, à base parcheminée ; nombreux ganglions cervicaux et sous-maxillaires engorgés et durs, surtout à droite ; le 20 septembre, on constate l'apparition de roséole sur le thorax et l'abdomen ; céphalée intense, douleurs rhumatoïdes et pharyngite subaiguë.

OBSERVATION II. — *Neumann, Soc. Viennoise de dermatologie, séance du 7 février 1894*).

Homme de 27 ans, avec une syphilide maculeuse et une nodosité aplatie, dont la grosseur dépasse celle d'une lentille, située sur le bord du prépuce, reste d'une affection primaire ; en outre, engorgement multiple des ganglions inguinaux et des ganglions périphériques. Ce malade était déjà en traitement en 1884 dans la clinique de l'orateur pour une affection syphilitique primaire

du sillon coronaire ; on lui fit alors, à partir de la 5^e semaine de la maladie, comme traitement préventif, des frictions hydragyriques.

OBSERVATION III. — (*Boûdougoff, société russe de syph. et de dermat. de St-Petersbourg, 26 mars 1894*).

Il s'agit d'un homme, qui a eu, à l'âge de 16 ans, un chancre induré avec adénite inguinale : quatre à cinq semaines après, se sont montrés la roséole et un mal de gorge ; le malade fut soumis au traitement mixte pendant 4 à 5 mois. Quatre ans après, il fut soigné pour une neuro-rétinite diffuse, guérie par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. En octobre 1893, environ 13 ans après le premier chancre, s'est formée à la verge une ulcération suivie, au bout de 4 semaines, d'une roséole généralisée.

OBSERVATION IV. — (*Eraud, Annales de dermat. et syph. 1895 p. 392*).

Homme, âgé de 36 ans, bien constitué, doreur sur bois. Comme antécédents personnels il accuse dans son bas âge des croûtes du cuir chévélu, coqueluche à 4 ans et à 16 ans, un eczéma. Rhumatisme articulaire aigu vers 25 ans. Blennorrhagie à 19 ans suivie d'une ou deux autres. Habitudes et antécédents alcooliques.

En 1878, à 20 ans au mois de décembre, il eut un chancre induré de la rainure avec pléiade inguinale, traité à la consultation de l'Antiquaille.

Le 5 février 1879, il entra dans cet hôpital, service du docteur Horand, qui m'a remis cette note : « à son entrée, chancre simple de la rainure du reflet et du filet. Plaques muqueuses des amygdales. Acné de la face ; à sa sortie (3 mars 1879) cicatrisation de chancres, persistance des plaques muqueuses Pilules de Dupuytren ». Depuis sa sortie de l'hôpital, il ne fit qu'un traitement irrégulier.

Neuf à dix mois après ces premiers accidents, dans le cours de son service militaire, il fit un séjour de près de deux mois à

l'hôpital de Saint-Mandrier, près Toulon, pour de nouveaux accidents syphilitiques.

D'après le Dr Jeoffroy, médecin chef actuel de cet hôpital, ce malade a été soumis à la liqueur de Van Swieten et à l'iodure de potassium pour une lésion du mollet gauche qui a laissé une cicatrice étoilée, indélébile, qui est encore aujourd'hui nettement visible.

Depuis cette époque plus rien, lorsque le 15 juillet dernier (1894), soit près de 16 ans après l'accident initial, ce malade s'est présenté à moi, porteur d'une ulcération du fourreau, parcheminée fortement indurée, de la dimension d'une pièce de deux francs.

Pléiade bi-inguinale multiple : ganglions gros, durs, indolents. En même temps sur le tronc, sur le ventre, existait une éruption maculo-papuleuse, presque confluyente, de coloration rosée, non prurigineuse; on voit en outre quelques papules acuminées sur les membres. Céphalée. État anémique assez marqué. L'apparition du chancre remontait à quatre ou cinq semaines : il serait survenu à la suite d'un coït avec une fille de brasserie, étant en état d'ivresse.

7 septembre 1894. Je le revois; l'éruption du tronc a complètement disparu et aurait duré un mois.

Le chancre lui-même est cicatrisé, et à son niveau, on trouve une cicatrice encore jeune, rougeâtre, légèrement indurée. Quelques petits ganglions dans l'aîne gauche.

Plaques muqueuses très ulcérées sur les deux amygdales, les piliers. Deux plaques énormes sur le bord latéral droit de la langue. Céphalée légère.

Le 24. Toujours plaques muqueuses amygdaliennes, et une sur le bord latéral droit de la langue. Rien ailleurs. Ce même jour je vois sa femme qui m'affirme n'avoir jamais eu de rapports extra-conjugaux. Quoi qu'il soit, depuis six à sept semaines, cette femme, âgée de 29 ans, bien constituée, accuse un peu de céphalée, de la pâleur. Depuis trois à quatre semaines, elle se plaint de rougeurs à la vulve et elle trouve que ses cheveux tombent plus facilement. A l'examen de la vulve, on constate cinq ou six plaques muqueuses, légèrement élevées, avec pléiade double, plus marquée à gauche qu'à droite. Point d'éruption nulle part.

Dans la gouttière rétro-cervicale, à la nuque sept à huit ganglions dont deux ou trois assez gros. Plaques muqueuses des amygdales, des piliers, de la langue.

26 novembre 1894. Le malade présente des plaques amygdaliennes, linguales et labiales; rien ailleurs.

28 février 1895. Grippe. Accuse toujours des poussées de plaques buccales.

7 avril 1895. Plaques péristantes, rien autre.

OBSERVATION V. — *Schirren. Dermat. Zeitschrift 1895 t. II. p. 40.*

Le malade a contracté en Chine (1882-1883) un chancre du pénis qui dura trois mois. Les années suivantes, il ne survint ni symptômes, ni malaise d'aucun genre; jamais de traitement spécifique. En 1888 après un séjour à Samoa, il fut atteint de nombreux ulcères de jambe, qui persistèrent dix-huit mois malgré un traitement énergique. En novembre 1892, à la suite d'un traitement antisypilitique, les ulcères se cicatrisèrent en quelques semaines. Pas de récurrence. En février 1894, ce malade vint de nouveau consulter pour les lésions suivantes : sur le prépuce, près de l'orifice, tumeur indolente, cartilagineuse, presque de la grosseur d'une noisette, tuméfaction légère de ganglions inguinaux et cervicaux, ganglions cubitaux du côté gauche très hypertrophiés, angine légère, syphilide maculeuse et maculo-squameuse commençante, syphilide psoriasiforme de la paume des mains. Par le traitement spécifique, tous les accidents disparurent en trois semaines. Jusqu'en juillet pas de récurrence.

OBSERVATION VI (*Schirren, id.*).

Malade ayant contracté en septembre 1891 un chancre infectant de l'orifice de l'urèthre, lequel fut suivi d'un exanthème maculeux sur tout le corps, de polyadenite, d'angine spécifique et d'alopécie. Traitement antisypilitique. Guérison. Deux récurrences et cures appropriées.

En mars 1893, nouvelle cure de frictions, sans accidents. Un an après, au début de mai 1894, le malade vint consulter pour

un ulcère survenu quatre semaines après un coït; cet ulcère est situé sur le feuillet interne du prépuce et présente tous les caractères macroscopiques et microscopiques d'un chancre (on l'avait excisé). Quatorze semaines après l'infection, il survint des papules sur le pénis, une syphilide squameuse sur le scrotum, des plaques muqueuses sur les amygdales avec engorgement des ganglions inguinaux, etc. Tous ces accidents disparaissent par l'action du traitement antisyphilitique. Jusqu'à présent pas de récurrence.

OBSERVATION VII. — *F. Clémente. Giornale italiano del. mal. ven. e del. pel., septembre 1895, p. 353.*)

Homme de 45 ans, ayant eu en 1884 une ulcération du gland suivie d'éruption considérée par un spécialiste comme syphilitique et ayant été traitée à l'hôpital en 1891, en 1893 et en 1894 pour des accidents secondaires. En novembre 1894, à la suite d'un coït impur, ulcération de la verge qui disparaît au bout de douze jours; quarante-cinq jours après le début de l'ulcération, éruption assez étendue de papules sur la face, le tronc et la paume des mains; à la fin de janvier 1895, on constate sur la face de l'acné rosée au début et de petites papules squameuses, sur les membres supérieurs des papules squameuses et des taches rouges cuivrées, sur la verge une cicatrice dure, ovale avec perte de substance du gland; sur la fesse gauche, une ulcération croûteuse ayant l'aspect de lésion tertiaire, tuméfaction indolente des ganglions cervicaux, épitrochléens et inguinaux, pas de lésions des muqueuses.

OBSERVATION VIII. — *Aschner, Soc. hongroise de derm., 9 janvier 1896.*

K... J., 24 ans, typographe. Érosion de la grandeur d'un pois dans le soleus coronarius. Dernière cohabitation deux semaines avant l'apparition de l'érosion Pléiade inguinale du côté droit; roséole peu accentuée, angine modérée. Le malade rapporte qu'il a eu la syphilis en 1890. Alors il fut traité dans l'hôpital de Brünn. Le Dr Kassoliczky, médecin en chef, ne l'a jamais vu. Ce fut son interne qui avait traité le malade, Le malade

était alors atteint d'un exanthème papuleux généralisé, avait des plaques exulcérées sur la lèvre inférieure et les amygdales. Polyadenite. Toutes les lésions disparurent par le traitement au mercure.

OBSERVATION IX. — (*Mracek, Wien, Klin, Rundschau, 1896, pp. 17, 36 et 53*).

Homme de 35 ans. Chancre mou probable en septembre 1879. Au printemps 1880, blennorrhagie. En juin 1883, blennorrhagie et chancre induré dans la région du frein ; comme traitement : emplâtre mercuriel et cure de frictions (35) en novembre ; six mois après, stomatite, plaques muqueuses typiques à la bouche avec engorgement ganglionnaire. Ces accidents cèdent à 35 frictions à 5 grammes. Bonne santé jusqu'en juillet 1893, où il contracte un chancre du gland, qui fut suivi au bout de sept mois d'accidents secondaires (19 février). On constate alors sur le gland une cicatrice livide avec infiltration modérée ; ganglions inguinaux et cervicaux engorgés ; sur le tronc, syphilide maculeuse en voie de décroissance, avec groupe de papules. Sur la paume des mains, papules en desquamation ; sur les lèvres et dans l'isthme du gosier, papules exulcérées ; sur le pénis et le scrotum, plaques muqueuses, à l'anus plaques et rhagades. Après 25 frictions le malade est complètement guéri le 21 mars. 10 novembre 1894. Le malade rentre à l'hôpital avec les symptômes suivants : sur le cuir chevelu et le front, pustules coüteuses ; sur l'amygdale gauche, ulcération sur le tronc et les membres, syphilide pustuleuse ; sur l'avant-bras gauche, pustule d'écthyma, dans la paume des mains, pustules profondes. Engorgement des ganglions occipitaux, cervicaux, axillaires et inguinaux.

OBSERVATION X. — (*Mracek, id.*).

Homme de 40 ans, qui contracta en juin 1888, la syphilis pour la première fois ; en septembre, cure de frictions pour des accidents secondaires ; en décembre nouveaux symptômes secondaires qui ont augmenté jusqu'en janvier 1889.

A ce moment, syphilide papulo-pustuleuse. Cure énergique

de frictions deux mois, disparition des accidents. Au printemps de 1893 aucun nouvel accident.

Le 16 novembre 1893 le malade raconte avoir pratiqué le coït entre le 11 et le 18 août. Un mois environ après, ulcère pénien; traitement au dermatol, guérison en peu de jours laissant une nodosité dure, jaunâtre. Le 15, emplâtre mercuriel sous l'influence duquel, l'ulcère s'ouvrit de nouveau pour se cicatriser ensuite le 29 septembre. Un mois plus tard, condylomes sur la cuisse droite et dans le pli genito-crural.

12 novembre, trois condylomes sur le scrotum. Pilules de sublimé.

Le 16. Dans le sillon coronaire pénien, sclérose cicatrisée. engorgement ganglionnaire modéré dans la région inguinale, les creux axillaires et la région cervicale. Syphilide papulomaculeuse généralisée, syphilide palmaire psoriasiforme, céphalée. Quatre jours plus tard, plaques muqueuses sur les deux ailes du nez, sur la langue; ganglions cervicaux très hypertrophiés.

Un traitement par les frictions et l'iodure de potassium fit disparaître ces accidents.

OBSERVATION XI. — (*Lang : Soc. viennoise de derm.*
14 octobre 1896)

Homme de 31 ans qui a été traité par Lang en mai et juin 1893 pour une sclérose du prépuce et du pubis, avec lymphadénite; les cicatrices sont encore visibles actuellement. Ce malade fut congédié sans exanthème, il revint en mars 1894 avec des papules sur le pénis et au scrotum.

Le 12 septembre de cette année, il eut un ulcère du volume d'une noisette, situé sur le gland. Engorgement ganglionnaire dans les deux aines. On diagnostiqua une gommé. Le 20 septembre syphilide papuleuse sur le tronc et les membres.

OBSERVATION XII. — (*Heller. Soc. berlin de derm.*
5 janvier 1897)

Homme de 53 ans infecté il y a dix ans. En 1886 il s'est marié et au bout de sept mois, sa femme a accouché d'un enfant en putréfaction. Trois autres enfants vivent et sont plus ou

moins rachitiques. En 1894, ce malade a eu une récurrence, et en septembre 1896, Heller constata la présence de plaques sur le bord droit de la langue, qui disparurent à la suite d'injections sous-cutanées de sublimé. Après leur guérison il survint, à la place du premier chancre une induration cartilagineuse.

Sur cette sclérose deux petites exulcérations; pas d'engorgement ganglionnaire. L'iodure seul diminue la sclérose.

OBSERVATION XIII. — (*Fourrier Congrès de Nancy, 1896*)

Il a eu l'occasion de constater deux fois l'évolution de la syphilis à 15 ans d'intervalle chez un de ses clients, qu'il a suivi, soigné et surveillé pendant ce temps. Il y eu à chaque fois chancre induré initial suivi de roséole et de plaques muqueuses de la gorge. Dans l'intervalle, le malade s'est marié, a eu trois enfants bien portants sa santé générale a toujours été satisfaisante.

La deuxième syphilis date de trois ans et se trouve en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XIV. — (*Orel. Journal de médecine militaire 1895*).

Un malade atteint d'un chancre induré du prépuce en mai 1886; un mois après apparition des accidents secondaires et dix mois après des papules aux lèvres et des ulcères à la langue. Depuis le 26 novembre 1888 jusqu'au 17 décembre 1891 aucun accident.

Le 11 décembre le malade s'aperçoit d'un ulcère au prépuce; le 2 décembre le chancre induré est confirmé et un mois après l'apparition de l'ulcère, du prépuce, les accidents secondaires font explosion, accompagnés de tuméfaction des ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux.

OBSERVATION XV. — (*Borowsky de Kiew, Wratsch et Ind. méd. 24 octobre et 7 décembre 1898*).

Le 25 août 1889 un officier a été reçu à l'hôpital de Kiew pour une syphilis contractée deux mois auparavant. Outre les

chancres sur le pénis, il avait des papules sur le corps; de l'impetigo au cuir chevelu.

Les muqueuses étaient normales et la voix nullement altérée. Après un traitement énergique, le malade put quitter l'hôpital vers la fin de septembre.

Il revient le 12 janvier 1890 pour des syphilides dont l'une siégeait au front et dix ou quinze au dos; il y avait des ulcères du cuir chevelu. On lui fit environ 50 badigeonnages. Il s'est produit une amélioration, mais à partir du 26 janvier 1890, l'auteur a perdu de vue le malade pour ne le revoir que sept ans après; le 11 janvier 1897, l'officier est de nouveau venu consulter l'auteur pour des ulcérations qui se sont produites deux semaines après un coït. Le malade a déclaré que dans l'intervalle de 1890 à 1897, il avait été exempt de tout symptôme syphilitique. Il est entré à l'hôpital; deux jours après son entrée, des plaques rouges et des papules sur le corps.

OBSERVATION XVI. (*Tarnowsky, soc. russe de syph. et de dermat. de Saint-Petersbourg, 31 janvier 1898*).

Un homme est venu en 1886 le consulter pour deux chancres infectants siégeant au tiers inférieur de la région inguinale. La mère du malade avait succombé à la paralysie générale; il est à peu près certain qu'elle a pris la syphilis avant la naissance de son fils. Le malade fut traité par l'emplâtre mercuriel. Sept semaines après surviennent des syphilides papuleuses. Frictions mercurielles. En janvier 1887, le malade fut réexaminé, les syphilides étaient disparues; il ne restait plus que des adénites et des cicatrices. On fit prendre au malade de l'iodure. En septembre 1887, les syphilides réapparurent. En 1889, adénopathies inguinales.

De nouvelles frictions les ont fait disparaître. Pas d'autre phénomène syphilitique pendant 7 ans. Mais en 1897, quatre jours après un coït étaient survenus deux petits ulcères dans le sillon rétrobalanique qui s'indurèrent et s'accompagnèrent d'adénopathie, les ulcères ne laissèrent à leur place qu'une légère induration; trois mois et demie après le malade a constaté une éruption généralisée, et des exulcérations sur son pénis; c'étaient des syphilides polymorphes indubitables, et il ne peut

il n'y avoir aucun doute que le malade n'ait pris la syphilis pour la seconde fois.

OBSERVATION XVII (*Fitzgibbon, Congrès de Londres, 1896*)

G. M..., âgé de 21 ans, d'une excellente santé, se présente en mars 1880, avec un chancre induré typique du frein de la verge. Le malade avait eu des rapports suspects quatre semaines auparavant. Une semaine après l'apparition du chancre, les glandes inguinales et cervicales se tuméfièrent, huit jours plus tard roséole généralisée. Le malade fut traité par des frictions des bains et resta sous l'observation de l'auteur pendant toute sa maladie. Il présenta encore quelques manifestations durant la première année. En octobre 1881, c'est-à-dire un an et dix mois après l'apparition du chancre il cessa tout traitement.

Le malade se porta bien jusqu'en 1886, époque à laquelle, il présenta un chancre sous-préputial nettement induré, ulcéré au centre par suite d'un léger sphacèle; les ganglions inguinaux, qui étaient redevenus normaux pendant les quatre dernières années, commencèrent à se tuméfier de nouveau. Ce fut onze semaines environ avant sa visite que le malade eut des rapports suspects.

On cauterisa le chancre avec de l'acide nitrique, Deux jours après survint du phagédénisme qui détruisit une partie considérable du gland; les ganglions inguinaux s'abcédèrent et l'orifice de l'abcès prit bientôt un caractère phagédénique. Dans la première semaine de novembre une syphilide pustuleuse, discrète, indolente, survint à la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc et aux cuisses. Plus tard le malade eut de la périostite, une syphilis pharyngienne très rebelle, des gommes et d'autres accidents graves qui durèrent quatre années. Depuis 1893, il n'a plus rien.

OBSERVATION XVIII. — (*A. Bernard, de Liverpool, Congrès de Londres, 1896*).

Le malade a eu la syphilis en 1876. Il revint consulter, en mai 1890, après 14 ans de bonne santé pour un chancre induré situé sur la face interne du prépuce. Adénopathie dans l'aîne

droite (douteuse). Le chancre est guéri le 1^{er} juillet; éruptions douteuses sur le front et douleurs orbitaires. Le 12 juillet, éruption papuleuse sur le front sûrement spécifique, ulcération du palais.

OBSERVATION XIX. — (*Budugoff Budugian, Wrath,*
n° 13, 1894).

Homme âgé de 41 ans, atteint d'un chancre en novembre 1893, puis de roséole. Ce malade avait eu un chancre induré en 1868 suivi d'une angine et d'une roséole.

OBSERVATION XX. — (*Stoker, Congrès de Londres, 1896).*

H... I., 30 ans, traité par Ricord en 1880 et 1881, vint consulter Stoker en 1888 pour un chancre induré typique 14 jours après le coït. Ce chancre guérit difficilement, aucune éruption secondaire.

OBSERVATION XXI. — (*Stoker, ibidem).*

R. B..., 40 ans, En 1882, chancre primitif induré suivi d'éruptions secondaires et d'iritis et traité cinq semaines à Aix-la-Chapelle en 1888. Le 10 août 1895, lésion solitaire avec induration douteuse depuis deux semaines; elle est apparue une semaine après le coït; les glandes inguinales sont tuméfiées et dures. Le 16 novembre, chancre induré typique. Aucune amélioration par le traitement mercuriel, on ajoute l'iodure de potassium. Le 4 décembre, guérison commencée et terminée en janvier 1896.

OBSERVATION XXII. — (*Ogilvie, ibidem).*

Un médecin contracta la syphilis en 1876 : chancre induré, adénopathie double inguinale et épitrochléenne; au bout de quelques semaines roséole, suivi de plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx. Après 40 frictions l'éruption disparut, mais le mal de gorge persista longtemps, car le malade était grand fumeur. La femme qui était la source de l'infection était à l'hôpital en traitement pour des accidents secondaires.

Le malade resta en bonne santé pendant les deux années suivantes. Ce fut en 1891 que la deuxième infection eut lieu.

Le chancre induré ne se montra pas dans le même point que le premier. Adénopathies inguinalés droites et éruption couvrant presque tout le corps. A cette époque, Ogilvie vit le malade pour la première fois. Il avait un exemple typique de roséole papuleuse; celle-ci fut suivie d'une éruption pustuleuse sur le cuir chevelu, dans les favoris et la moustache. Plusieurs plaques muqueuses dans la bouche, mais qui guérirent vite. Comme le malade souffrait du mal de Bright, le traitement mercuriel fut commencé avec beaucoup de prudence et dut être interrompu après 15 jours. L'iodure de potassium ne fut pas mieux supporté. Le malade non traité ne fut jamais débarrassé de l'éruption.

OBSERVATION XXIII. — (*Viennois de Lyon, ibidem*).

L'auteur a observé un enfant de 3 ans qui, en embrassant sa nourrice syphilitique, s'est infecté et a présenté un chancre suivi d'accidents secondaires. Plus tard ce même sujet, à l'âge de 20 ans, contracta de nouveau un chancre suivi d'accidents spécifiques.

OBSERVATION XXIV. — (*Du Castel, Soc. de dermat. et de syph. de Paris, 10 février 1898*).

Le 22 janvier entrant salle Cazenave, n° 62, le nommé Louis M..., plombier, âgé de 33 ans. C'est un homme d'une bonne santé ordinaire; les accidents pour lesquels il venait demander mes soins avaient débuté un mois auparavant. Vers le milieu de décembre, notre malade avait constaté la présence dans le sillon balano-préputial, d'une écorchure. Au niveau de cette écorchure une induration se forma dans les jours qui suivirent; vers le milieu de janvier des taches se sont montrées sur la peau.

A l'entrée à l'hôpital, je constate sur la partie gauche du sillon balano-préputial, l'existence d'une ulcération. Cette ulcération est sans profondeur, de couleur rouge assez foncé, couverte de bourgeons peu volumineux, elle tend déjà à la cicatrisation. Elle est ovale, légèrement allongée dans le sens du sillon qui la coupe en deux parties égales.

La petite plaie repose sur une base inflammatoire présentant au palper une dureté chondroïde, le nodule d'induration forme dans l'épaisseur du prépuce une petite masse demi-circulaire qui bascule comme le cartilage tarse de la paupière, quand on tire le prépuce en arrière. Dans l'aîne gauche plusieurs ganglions, volumineux durs et indolents. Le tronc présente un nombre considérable de taches rouges, sans saillie de forme irrégulière, crénelées, disparaissant momentanément sous le doigt. Des taches semblables existent sur les membres, mais moins nombreuses. Il n'y a ni céphalée, ni éruptions muqueuses. Le malade raconte qu'il n'a été en relations avec aucune femme depuis le 1^{er} novembre 1897, ce jour-là, ivre, il fut avec une femme de mœurs très légères, diagnostic, chancre syphilitique, roséole.

Or M. me déclare que je l'ai soigné autrefois pour la vérole. En 1892 il est entré à l'hôpital Saint-Louis dans mon service pour y être traité d'un chancre balano-péputial, ce chancre s'accompagnait de glandes dans l'aîne. Pendant le séjour à l'hôpital, environ un mois après l'apparition du chancre, de petits boutons avec croûtes se montrèrent sur le tronc et les membres. Cette éruption a laissé des cicatrices blanches, superficielles dont les apparences rappellent bien les cicatrices consécutives à des syphilides érosives. Cautérisation répétée des plaques de la gorge et des lèvres. Traitement : pilules de protoiodure, soins de propreté minutieux de la bouche. Ces faits sont racontés par le malade.

Il rentre de nouveau en 1896, pour un iritissyphilitique et y séjourne jusqu'au premier avril : traitement par les frictions mercurielles. Noté écourtée de l'externe : chancre en 1892. Plaques muqueuses, sorti de l'hôpital, a eu une éruption dont il reste des petites cicatrices blanches, lisses. Probablement syphilides érosives. Actuellement entre pour céphalalgie atroce, nocturne; conjonctivite avec iritis à gauche. Traitement par les frictions; plus de traces d'accidents.

OBSERVATION XXV (*Brocq, ibidem*).

L'auteur a observé un malade soigné comme syphilitique par M. Fournier; quatre ans après il a vu se développer chez lui un chancre induré suivi de roséole.

OBSERVATION XXVI (*Koller, soc. berlinoise de dermat. et syph., 1898*).

Première contagion en 1894, à cette époque il fit dans la clinique de Lassar deux cures avec des injections de sublimé, ensuite iodure de potassium. En janvier 1895, on constata qu'il existait encore de l'engorgement ganglionnaire modéré et plusieurs plaques muqueuses de la langue, cure de frictions et ensuite iodure de potassium. Depuis cette époque pas d'accidents. Le malade s'est marié dans l'intervalle. Fin avril 1897 il vint consulter pour une blennorrhagie. En fin mai, trois chancres, bientôt suivis d'engorgement indolent des ganglions inguinaux. Actuellement roséole maculo-papuleuse typique sur le tronc et les membres ainsi que des croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu.

OBSERVATION XXVII (*Ehrmann, Club médical de Vienne, 11 mai 1898*).

Un malade atteint depuis quatre mois d'un chancre syphilitique placé sur la face interne du prépuce. L'accident primitif fut suivi bientôt d'une roséole généralisée caractéristique, de céphalalgie, d'engorgement des ganglions et d'ulcérations du scrotum. Le malade fut traité par les frictions mercurielles et tous les accidents disparurent, quand dans les premiers jours de mai, on aperçut au niveau de la cicatrice du chancre infectant, un nouveau chancre franchement induré, accompagné d'un érythème généralisé plus accentué encore, de syphilides maculeuses et d'alopecie.

Vu : PAR LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

CORNIL.

Vu : PAR LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Autres observations de réinfection.
- FOLLIN. — Archiv. de Méd., 1854.
- RODET. — Gazette de Lyon, 1857.
- ZEISSL. — Gesell d. Aertzte zu Wien, 1858.
- DIDAY. — Archiv. gén. de méd., juillet et août 1862.
- HARDY. — Leçons de Saint-Louis, 1864, p. 115.
- KEYES. — On a cas. of reinf., Archiv. f. derm., 1870.
- KOBNER. — Berlin, Klin-Wochens, 11 nov., 1872.
- GASCOYEN. — The Lancet, 28 novembre 1874.
- DOUAUD. — Reinf. Journ de méd. de Bordeaux, 1880.
- MASSE. — Gaz. méd. de Bordeaux, 1880, p. 822.
- MOLLET. — Montpellier médical, juin 1881.
- STURGIS. — Rev. des Sciences méd., 1882, p. 292.
- BOIS-FONTANES. — Ann. Soc. méd. chirurg. de Liège, décembre 1883.
- ARNING. — Viertel fur. derm., 1883, p. 92.
- HEBRA. — *Ibid.* 1883, p. 401.
- NEUMANN. — Wien. méd. Presse, n° 1, 1884.
- GASCOYEN. — Mem. Soc. méd. chirurg. de Londres, 24 novembre 1874.
- CASPARY. — Vierteljahr f. derm. 1876.
- TAYLOR. — Archiv. of derm., 1876 et J. of Amer. méd. Assoc., 1885, p. 329.
- SCARENZIO. — Giorn. ital. del malat. vener e del pelle, 1882, p. 292.
- RAZOUMOFF. — Médiz. Oboz, n° 41, 1889.
- LUBARSKI. — Med. Rundschau de Moscou, 1890.
- JAKOWLEW. — Wratsch, 1890.
- ZABOLOTOTZSKY. — Méd. obo., n° 21, 1884.
- CUNIDY. — N. York méd. Record n° 5, 1887.
- DU CASTEL. — Semaine méd., 22 août 1888.
- HARRISON-YOUNGE. — Brit. méd. journal., 16 mars 1889.
- SALOTTO. — Osservatore, n° 40, 1889; Gaz. méd. de Tornio, 1892.
- TAYLOR. — Journal of cutan. dis., décembre 1890.
- HUMBERT. — Pseudo-chancr. In revue Hayem, 1891.

- DE MOLÈNE. — Annal. de derm. et syph., 1890.
HUDELO. — *Ibid.*, 1891.
DIDAY. — *Ibid.*, 1891.
SAALFELD. — Berlin. Klin. Wochen, n° 40, 1891.
DU CASTEL. — Revue générale de clinique I.
PAULY. — Lyon méd., 3 avril 1881. Annales de derm. et syph.,
p. 620, 1892.
POPELOV. — Annales de derm. et de syph., 1892.
DIDAY et DOYON. — *Ibid.*, 1893.
WILLIAMS. — Lancet, 14 octobre 1893.
ZEISSL. — Berlin méd. Presse, 15 janvier 1893.
PÄWOF. Méd. obozr, 1892.
OHNAM-DUMESNIL. — Trad. méd. ass. Missouri Saint-Louis, 1892.
HALLOPEAU. — Annal. de derm. et syph., 1893, p. 883.
PROFETÁ. — Trattato d. mal vener.
PATTESON. — Brit. journal of derm., septembre 1891.
SCHENEFLE. — Annales de Cazenave, t. IV.
FOURNIER. — Archiv. génér. de méd. 1868.
LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1874.
JULLIEN. — Congrès de Copenhague.
BOEK (W.). — Christiania, 1875, p. 270.
HUTCHINSON. — London, Hosp. Rep., 1865, p. 169.
LANG. — Vorles ueb. path. und therap. d. syphilis Wiesbaden,
1884 et 1886.
DOWSE. — Méd. Times and Gazette, 1877, p. 630.
DELESTRE. — Monit. des sciences méd. et pharm., 1860.
MALHERBE. — Gaz. des hôpitaux, 1877.
ANTHONY. — *Ibid.*, Paris, 1877.
LEMAIRE. — *Ibid.*
BROOKS. — Méd. and. Surg. Philadelphia, 1885.
CLATWORTHY. — Australian méd. Gaz., 1890-91.
FERBES. — Berlin Klin. Wochens, 1891.
VENOT. — Soc. de méd. de Bordeaux, 1877, p. 84.
BAUMLER. — Handb. der Path. und therap., vol. III, p. 68.
HÉBRA. — Monat. f. prakt. dermat., 1883, p. 15.
RABITCH-BEY. — Wien. méd. Wochens, 1886, p. 1.404.
WILDERS (John). — B. méd. J. 1889, p. 681.
TANTURRI-MORGAGNI. — Mai 1878.
BROCQ. — Annales de derm. et syph., 1891, p. 628.
-

- CORNIL. — Leçons sur la syphilis.
CORNIL ET ROUVIER. — Histologie pathologique, tome I,
Thèse VAN ORDT. — Paris, 1859.
WAGNER. — Archiv. der Heilkunde, 1863.

- VERNEUIL. — Gazette hebd. de méd. et de chirurg., 1856, tome
LE TELLIER. — Thèse Paris, 7 juillet 1897.
BRAUMAN. — *Ibid.*, juillet 1891.
JOURNAULT. — *Ibid.*, juillet 1894.
LECLERC. — Thèse Lille, 1886.
FOURNIER. — Archives générales de méd., 1868.
FOURNIER (Edmond). — Thèse Paris 1898.
— Congrès de dermat., Paris, 1889.
— Congrès de Londres, 1896.
PETIT. — Thèse Paris, 9 juillet 1891.
ANCELON. — Thèse Paris, 1877.
DELANSORME. — Thèse Paris, 1892.
HUTCHINSON. — Syphilis, 1887.
UNNA. — Histopathologie. 1896.
BOURGES. — Hygiène du syphilitique.
ROUSCHIAS. — Thèse Paris, avril 1890.
DIDAY. — Histoire naturelle de la syphilis.
FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1898.
TARASSEWITCH. — Thèse de Paris, juillet 1897.
-

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN & JAGUIN
